

ANAMNESEBOGEN ALLGEMEINMEDIZIN

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

wir freuen uns, Sie in unserem Medizinischen Versorgungszentrum (MVZ) begrüßen zu dürfen.

Um Ihren Besuch optimal zu gestalten, benötigen wir Ihre Mithilfe. Wir bitten Sie, diesen Bogen gewissenhaft auszufüllen, damit wir möglichen Risiken vorbeugen können.

Alle Angaben unterliegen der Schweigepflicht des Arztes und seiner Mitarbeiter.

Ihr Praxisteam vom MVZ Dr. Renard & Kollegen und der ZfA MVZ GmbH

PERSÖNLICHE ANGABEN

Name	Vorname	Geburtsdatum
Straße	PLZ, Ort	
Telefon Festnetz	Telefon Mobil	E-Mail
Größe	Gewicht	Krankenkasse
Arbeitgeber	Beruf / Tätigkeit	
Vorheriger Hausarzt		

ALLGEMEINES

Besteht eine gesetzliche Betreuung? | wenn ja, Betreuer (Name & Tel. Nr.): _____

Besteht ein Pflegegrad? | wenn ja, welcher: _____ Schwerbehindertenausweis? | wenn ja, Grad: _____

Besteht ein Merkzeichen vom Versorgungsamt? | wenn ja, welches: _____ Brauchen Sie Hilfe im täglichen Leben? ja / nein

Folgende Erkrankungen sind bekannt, bitte ankreuzen:

Herz- / Kreislauferkrankung ja nein

Stent | wo: _____ erhöhter Blutdruck Herzschwäche/-insuffizienz

Herzinfarkt Herzrhythmusstörungen Herzschrittmacher

Herzklappenersatz | welcher: _____ Vorhofflimmern

sonstige: _____

Lungenerkrankung ja nein

- Asthma bronchiale Chronische Bronchitis sonstige: _____

Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit) ja nein

- Diabetes mellitus Typ 1 Diabetes mellitus Typ 2 Insulinpflichtig
 Diabetischer Fuß Diab. Augenschädigung Diab. Nierenschwäche
 sonstige: _____

Schilddrüsenerkrankung ja nein

- Schilddrüsenunterfunktion Schilddrüsenüberfunktion Morbus Hashimoto
 Morbus Basedow Radiojodtherapie | wann: _____
 Schilddrüsenoperation | wann: _____ sonstige: _____

Rheumatologische Erkrankung ja nein

- Rheumatoide Arthritis Psoriasisarthritis Morbus Bechterew
 sonstige: _____

Hauterkrankung ja nein

- Neurodermitis Psoriasis (Schuppenflechte) sonstige: _____
 Hautkrebs | welcher: _____

Magen-Darm-Erkrankung ja nein

- Morbus Crohn Darmkrebs Colitis ulcerosa
 Darmpolyp(en) Refluxkrankheit/Sodbrennen Magenschleimhautentzündung
 Nahrungsmittelunverträglichkeiten | welche: _____
 sonstige: _____

Leber-/ Gallenkrankheit ja nein

- Leberwerterhöhung chronische Hepatitis | welche: _____ (Frühere) Gelbsucht
 Fettleber Gallensteine Leberzirrhose
 sonstige: _____

Stoffwechselerkrankung ja nein

- erhöhtes Cholesterin erhöhte Harnsäure / Gichtanfälle

Hatte ein Verwandter 1. Grades (Mutter, Vater, Geschwister) eine der folgenden Erkrankungen: ja nein

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Herzinfarkt vor dem 65. Lj. | <input type="checkbox"/> Darmpolyp(en) | <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus |
| <input type="checkbox"/> Schlaganfall vor dem 65. Lj. | <input type="checkbox"/> Darmkrebs | <input type="checkbox"/> Stoffwechselerkrankung welche: |
| <input type="checkbox"/> Plötzlicher Herztod | <input type="checkbox"/> Andere Krebserkrankungen welche: | _____ |
| <input type="checkbox"/> sonstige: _____ | _____ | _____ |

An welchen hausärztlichen Standorten werden Sie von uns betreut?

- | | | |
|--------------------------------------|--------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Katzwang | <input type="checkbox"/> Innenstadt | <input type="checkbox"/> Eibach |
| <input type="checkbox"/> Herpersdorf | <input type="checkbox"/> Sündersbühl | <input type="checkbox"/> Schwabach |
| <input type="checkbox"/> Erlangen | | |

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Stammpatient seit Jahren | <input type="checkbox"/> Telefonbuch / Gelbe Seiten | <input type="checkbox"/> Im Vorbeigehen |
| <input type="checkbox"/> Suchmaschine | <input type="checkbox"/> Flyer | <input type="checkbox"/> Radio |
| <input type="checkbox"/> Webseite | <input type="checkbox"/> Jameda | <input type="checkbox"/> Empfehlung / sonstiges: |
| <input type="checkbox"/> Facebook / Instagram | <input type="checkbox"/> Örtl. Mitteilungsblatt | _____ |

Ich bin damit einverstanden, dass die Mitarbeiter unserer Praxen (MVZ Dr. Renard & Kollegen, ZfA MVZ GmbH und ZfG MVZ GmbH) mich über anstehende Untersuchungen, Behandlungen, Aktionen und ärztliche Befunde informieren dürfen. (ggf. streichen) Mir ist bekannt, dass ich meine Zustimmung jederzeit widerrufen kann.

Erläuterung: Das Abfangen und Lesen durch Dritte sowie die Weitergabe von Untersuchungsergebnissen und sensiblen personenbezogenen Daten durch eine nicht korrekte Übermittlung oder eines falschen Empfängers sind potentielle Gefahren, die durch die digital unverschlüsselte Kommunikation bestehen. Dem MVZ Dr. Renard & Kollegen, der ZfG MVZ GmbH und ZfA MVZ GmbH ist es aus organisatorischen Gründen nicht möglich, jede Art der digitalen Kommunikation zu verschlüsseln. Ich stimme ausdrücklich und auf eigenen Wunsch einer digitalen Kommunikation, ohne weitere Sicherungsmaßnahmen und Verschlüsselungen, zu.

Ort, Datum

Unterschrift

Wir freuen uns nach Ihrer Behandlung auf Ihr Feedback:

